

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

Formulario de autorización para divulgar información médica

265 Hegenberger Rd, Suite 100 * PO Box 2280, Oakland, CA 94621
Tel. (510) 633-0333 * (888) 547-2054 * Fax (510) 633-0215



Nombre: _____ SSN, CFAO ID#, or UBC#: _____

Yo, _____, por medio de este documento autorizo el uso o la divulgación de mi información médica según se describe en esta autorización.

1. Persona/organización específica (o clase de personas) autorizada para **proporcionar** la información (por ejemplo, Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California):

2. Persona/organización específica (o clase de personas) autorizada para **recibir** y usar la información: <anote el nombre, título/relación, dirección, fax, teléfono y dirección electrónica si es posible>

3. **Descripción específica de la información que se va a usar o a divulgar.** (Incluya las fechas según sea apropiado):

4. **Propósito de la solicitud:** (Marque una opción)

Por solicitud de la persona que firma este formulario.

Otro: _____

5. **Derecho de revocación:** Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho de revocarla en cualquier momento notificando (por escrito) al funcionario de privacidad a: Privacy Officer, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. Entiendo que tal revocación sólo entra en vigencia después de que el funcionario de privacidad la reciba y registre. Entiendo que cualquier uso o divulgación que se haya hecho antes de la revocación de esta autorización no será afectado por una revocación.

6. Entiendo que después de que se divulgue esta información las leyes federales pueden no protegerla, y el que la recibe puede divulgarla otra vez.

7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y de la información que se describe en este formulario, si la solicito.

8. Entiendo que esta autorización vencerá:

Un año después de la fecha de esta autorización.

En la siguiente fecha: _____ de 20____.

9. El Plan puede imponer como condición para inscribirse en él o para tener derecho a los beneficios el recibo de la autorización antes de la inscripción, si se solicita la autorización para tomar determinaciones de suscripción o clasificación de riesgos y no se relaciona con notas de psicoterapia.

Firma de la persona

Fecha

o bien

Firma del representante personal

Fecha

Si un representante personal firma este formulario, ese representante afirma que tiene autoridad para firmar el formulario de autorización con base en:

Un formulario de representante personal, firmado;

Otro _____